

## **ENFERMEDAD DE LA PEYRONIE PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO: PARCHES DE VENA SAFENA**

Dres. de Miceu S.(\*), Flores J., Katz N., Trombini M., Frasnado D., Rojas L., Ramos Suppich J.

División Urología Hospital J.M. Ramos Mejía Buenos Aires, Argentina

(\*) Jefe de División Urología Htal. Ramos Mejía Buenos Aires Argentina

La enfermedad de Peyronie fue descrita por primera vez por Falopio en 1561, siendo popularizada en 1743 por Francois Gigot de la Peyronie, cirujano del Rey Luís XV de Francia. La verdadera prevalencia de esta enfermedad es desconocida y varia de 0.3% (ajustado para la edad) hasta 3.2%, esto último particularmente si se toman los casos subclínicos.

La enfermedad de Peyronie está caracterizada por la presencia de una placa fibrosa de la túnica albugínea que genera un acortamiento asimétrico del pene y una curvatura del mismo durante la erección (1) asociado a la palpación de la placa y dolor. Estos síntomas pueden disminuir espontáneamente o progresar hasta la estabilización de la placa.

La etiología de la enfermedad de Peyronie no está del todo aclarada aunque si hay un consenso generalizado luego de que Jordan introdujera el concepto de "teoría delaminativa del coito", en cuanto a que la injuria microvascular durante el coito juega un papel preponderante en el desarrollo de la E. de la Peyronie. Posteriormente se introdujo el concepto de alteración de los mecanismos de reparación frente a la injuria, lo cual explica mejor porque es tan bajo el porcentaje de los hombres que desarrollan la enfermedad (17-18)

Hay diversos tratamientos para esta afección ya sea por vía oral (vitamina E colchicina, Potaba etc.) o mediante inyecciones intraplaca (corticoides, Colagenasa, Verapamilo) con variables tasas de éxito.

Actualmente hay diversos tratamientos quirúrgicos aceptados entre ellos las plicaturas, injertos y prótesis.

La Incisión o resección de la placa con la aplicación de un colgajo o injerto está indicado en los casos complejos y de severa curvatura o deformidad en reloj de arena (2). Numerosos tejidos autólogos han sido propuestos como injertos incluyendo dermis, fascia temporalis y vena (en general safena) (3-6). Estudios histológicos y funcionales en animales avalan el uso de parches con vena safena tal como lo describe Lue para el tratamiento de la enf de Peyronie (7-9)

Está ampliamente aceptado que los tratamientos que implican el acortamiento de la túnica albugínea son ideales para hombres con un largo peneano mayor a 13cm, curvaturas menores a 60°, sin deformidad en reloj de arena. Mientras tanto los tratamientos de alargamiento pueden ser realizados en pacientes con curvaturas mayores a 60°, curvaturas complejas, deformidad en reloj de arena y pene menor a 13cm. La adecuada erección es una condición *sine qua non* en ambos procedimientos; en los pacientes con disfunción eréctil se impone la colocación de una prótesis peniana. (10-13)

Se presenta el reporte del caso de un paciente L.V. de 64 años de edad que comienza hace poco más de un año con una zona indurada en la cara dorsal del pene la cual muestra un crecimiento paulatino durante los siguientes meses. No se asoció a dolor ni disfunción eréctil pero sí a pronunciada curvatura dorsal del pene lo que genera dificultad en el momento del coito. El paciente no refiere antecedentes traumáticos locales ni cirugías a nivel peniano. Se realiza radiografía del pene con técnica mamográfica.



Fig. 1 y 2 Rx con Técnica de mamografía

En éstas se observa claramente la zona calcificada y el largo de la misma en la cara dorsal del pene. Así mismo se realiza ecografía peneana simple donde se observa la placa con sombra acústica posterior.

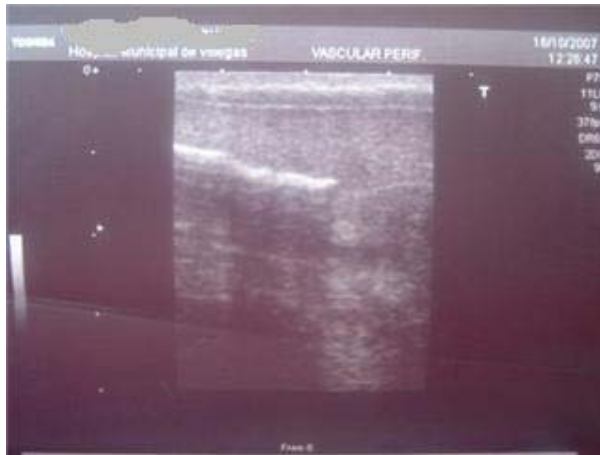


Fig. 3 y 4 Ecografía peniana

En esta se observa la placa hiperecogénica con sombra acústica posterior.

Posteriormente se realizó ecografía peniana con doppler luego de la inyección de drogas vasoactivas (papaverina, fentolamina y PGE2)

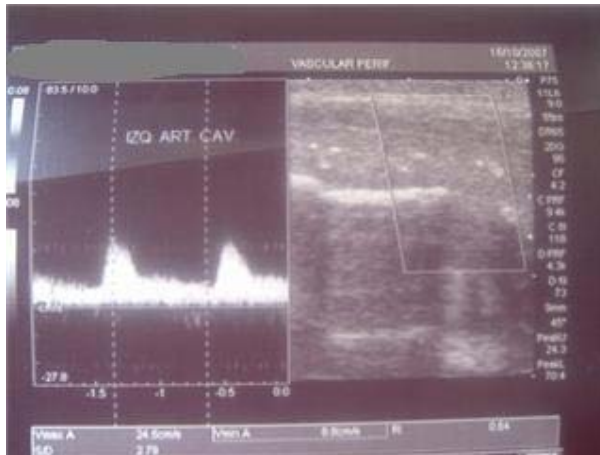


Fig. 5 Ecografía doppler

Ecografía doppler: donde se observa disminución del flujo distal con buen flujo proximal.

Asimismo se le solicita al paciente que tome fotografías del pene en erección para evaluar la deformidad que genera la placa.



Fig. 6 y 7 Fotografía peniana enfermedad de Peyronie

En estas fotografías se observa la desviación dorsolateral izquierda y la deformidad en reloj de arena en la vista superior

El paciente recibe tratamiento durante un año con vitamina E hasta la estabilización de la placa asociada a tratamiento con indometacina 75mg. Ante la persistencia de una placa de 6cm y las dificultades en el coito debidas a la deformidad generada se decide el abordaje quirúrgico mediante la resección de la misma y la colocación de un injerto realizado con vena safena

### **Técnica quirúrgica:**

Se realiza la exploración manual y palpación de la placa bajo anestesia

Fig. 8 Palpación de la placa

Se realiza incisión inguinal para realizar abordaje de vena safena para obtener un parche lo suficientemente grande para cubrir el defecto de la placa

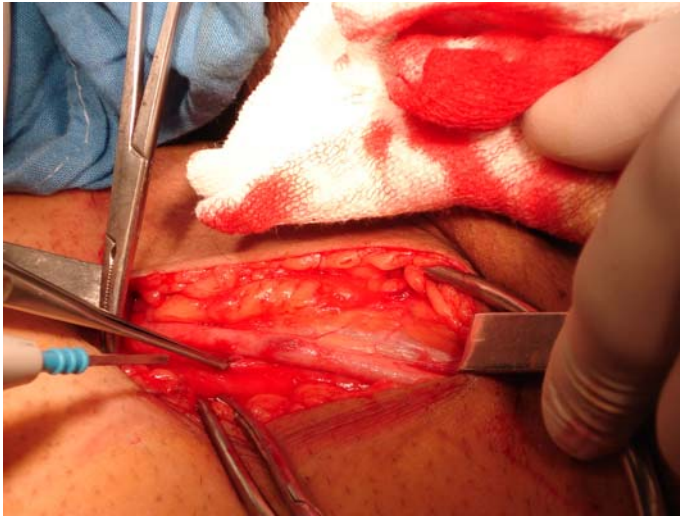


Fig. 9 Disección vena safena región inguinal izq.

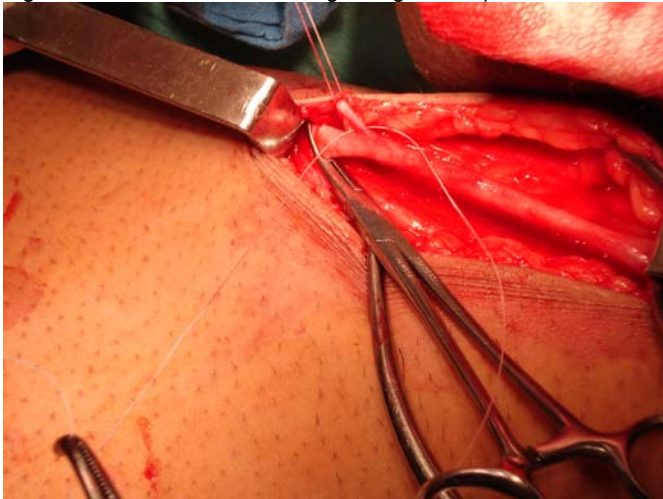


Fig. 10 a y b Disección vena safena región inguinal izq.

Posteriormente se realiza una incisión subcoronal y disección del paquete vasculonervioso



Fig. 11 Incisión Subcoronal

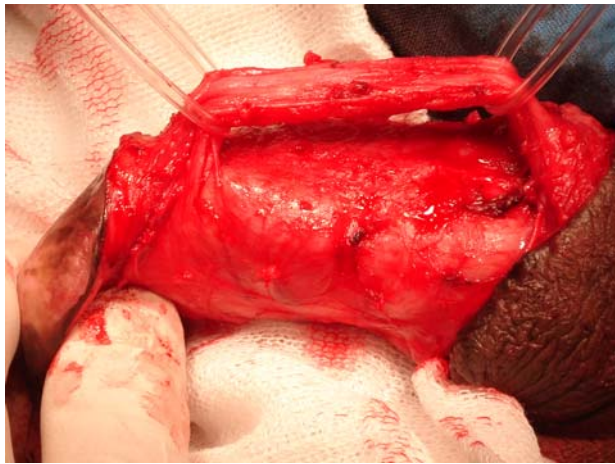


Fig. 12 disección paquete vasculonervioso dorsal

Se prosigue desplazando el paquete neurovascular dorsal y se realiza la sección de la placa con bisturí frío y se extrae la misma



Fig. 13 y 14 Sección de la placa



Fig. 15 Placa

A continuación se realiza la aposición del parche y se realiza la sutura con puntos separados de vicryl 4-0.

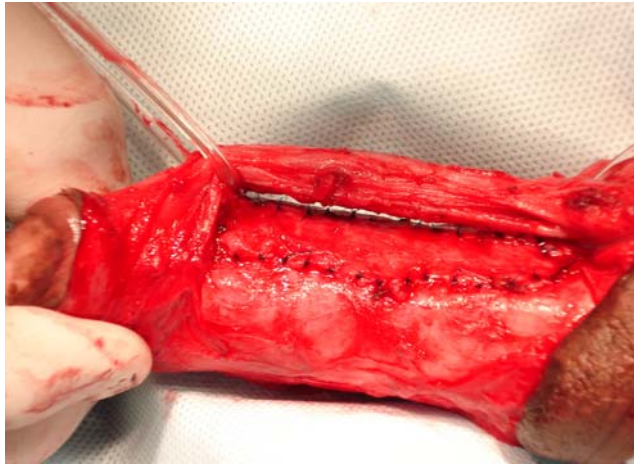


Fig. 16 Parche suturado



Fig. 17 Postoperatorio inmediato

El paciente evoluciona favorablemente, en el control a los tres meses de la cirugía sin deformidad en reloj de arena y sin molestias durante el coito, observándose una leve desviación izquierda persistente.



Fig. 18 Control 3 meses erección espontánea

### **Conclusión**

En pacientes con enfermedad de Peyronie con placas extensas asociadas a deformidad peniana y dificultad en el coito es una opción a considerar el injerto con vena safena.

## Bibliografía

- 1) Devine, C. J., and Horton, C.: Peyronie's disease. Clin Plast Surg, **15**:405, 1988.
- 2) Levine, L.A. and Lenting, E.L.: A surgical algorithm for the treatment of Peyronie's disease. J. Urol, **158**: 2149, 1997
- 3) Devine, C.J. and Horton, C.E.: Surgical treatment of Peyronie's disease with dermal graft. J.Urol, **111**: 44, 1974
- 4) Gelbard, M. and Hayden, B.: Expanding contractures of the tunica albuginea due to Peyronie's disease with temporalis fascia free grafts. JUrol **145**:772, 1991
- 5) Fournier, G., Lue T. and Tanagho E.: Peyronie's plaque: surgical treatment with carbon dioxide laser and a deep dorsal vein patch graft. J.Urol, part 2, **149**:1321, 1993
- 6) Moriel, E., Grinwald, A., and Rajfer, J.: Vein grafting of tunical incisions combined with contralateral placcation in the treatment of penile curvature. Urology. **43**: 697, 1994
- 7) Brock, G., Nunes, L. von Heyden, B. et al: Can a venous patch graft be a substitute for tunica albuginea of the penis? JUrol, **150**: 1306, 1993
- 8) Lue, T.F. and El-Sakka, A: Venous patch graft for Peyronie's disease. Part I: Yechnique. L.Urol, **160**: 2047, 1998
- 9) Yurkanin J., Dean R. and Wessells H.: effect of incision and saphenous vein grafting for Peyronie's disease on penile length and sexual satisfaction. JUrol, **166**: 1769-1773, 2001
- 10) Kadioglu A, Akman T, Sanli O, Gurkan L, Cakan M, Celtik M. Surgical treatment of Peyronie's disease: a critical analysis. Eur Urol 2006; **50**:235-48
- 11) Hauc EW, Diemer T, Schmeltz HU Weidner W, A critical analysis of nonsurgical treatment of Peyronie's disease (review) Eur Urol 2006; **49**:987-97
- 12) Pryor J, Akkus E, Alter G, et al. Peyronie's disease. J Sex Med 2004; 1:10-5
- 13) Kadioglu A, Sanli O, et al: Surgical Treatment of Peyronie's Disease: A Single Center experience with 145 pacients. Euro Urol **53**, 432-440, 2008
- 14) Giammusso B, Burrello A., Motta M, Modified corporoplasty for ventral penile curvature description of the technique and initial results. JUrol **171** 1209-1211, 2004
- 15) C. Van der Horst, F. Martinez Portillo and K. Juenemann: Treatment of penile curvatura with Essen-Schröder tunical pilcation: aspects of quality of life from patient's perspective. BJU Int. **93**, 105-108, 2004
- 16) Altaf H. Syed, Abbasi Z and T. Hargreave: Nesbit Procedure for disabling Peyronie's curvature: a median follow-up of 64 months. Urology **61**, 999-1003, 2003
- 17) Jarow JP., Lowe FC. J Urol 1997; 158(4):1388-90 7
- 18) Diegelmann RF J Urol 1997; 157(1):298-302 9